λ

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. le Dr A. CHARPENTIER

Agrégé de la Faculté de médecine,
Ex-Chef de clinique d'accouchements à la Faculté



PARIS
SOCIÉTÉ ANONYME DES IMPRIMERIES RÉUNIES
MOTTEROZ
HÔTEL MIGNON, RUE MIGNON, 2

1883

TITRES

1857. — Externe des hôpitaux.

1859. — Interne des hôpitaux.

1863. — Lauréat de la Faculté (Médaille d'or. Prix Corvisart).

1863. — Docteur en médecine.

1869. — Chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

1872. — Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Membre de la Société anatomique.

Membre de la Société de médecine légale.

1870-1871. — Ambulances de la Presse. — Ambulance Thénard. — Ambulance Czartorisky.

ENSEIGNEMENT

COURS DE LA FACULTÉ

1874. — Cours complémentaires du soir. — Leçons sur les hémorrhagies puerpérales.

1875. — Cours des élèves sages-femmes. — Cours théorique et pratique d'accouchements. — Notions élémentaires d'anatomie et de physiologie. — Grossesse. — Développement du fœtus. — Accouchement naturel. — Dystocie. — Maladies puerpérales. — Manœuvres obstétricales (à l'usage des sages-femmes).

1875. — Suppléance de M. le professeur Depaul pendant les vacances. Leçons cliniques au lit des malades (hôpital des Cliniques).

1876. — Cours officiel de la Faculté (suppléance de M. le professeur Pajot). — Étude complète de la grossesse et de l'accouchement naturel. — Opérations obstétricales.

1877. — Cours des élèves sages-femmes.

1877. — Suppléance de M. le professeur Depaul pendant les vacances. Leçons cliniques au lit des malades (hôpital des Cliniques).

1878. — Cours officiel de la Faculté (suppléance de M. le professeur Pajot). — Étude complète et détaillée de la dystocie. — Opérations obstétricales avec manœuvres. — Étude sommaire des affections puerpérales.

1878-1879. — Cours complémentaire d'accouchements. — Ce cours, de création nouvelle, et qui a été inauguré par l'auteur, a permis de combler une lacune dans l'enseignement de la Faculté. Jusque-là les cours officiels étaient des cours purement théoriques. Grâce à l'obligeance de M. le Doyen et de M. le professeur Depaul, qui a bien voulu mettre à la disposition de l'auteur ses salles et ses collections, le cours a été divisé en deux parties : une partie théorique, une pratique.

La première partie a compris l'étude de la grossesse, de l'accouchement naturel, de la dystocie et des maladies puerpérales.

La deuxième partie a compris les manœuvres et opérations obstétricales. Les élèves ont été exercés au toucher sur des femmes enceintes amenées de la ville en dehors des malades de l'hôpital. Puis ensuite ils ont pratiqué sur le mannequin toutes les opérations et manœuvres (version, forceps, embryotomie).

Ce cours, dont la durée a été d'une année entière, a permis à 250 élèves (chiffre officiel de la Faculté) de prendre part aux manœuvres, et d'arriver au doctorat après avoir pratiqué toutes les opérations que peuvent réclamer les accouchements : ce qui n'avait pu être fait jusqu'alors, étant données les conditions de l'enseignement officiel.

1879. — Suppléance de M. le professeur Depaul, pendant les vacances (hôpital des Cliniques). Enseignement clinique au lit des malades. — Exercice des élèves au palper, toucher et auscultation. — Interrogatoire des élèves.

1879-1880. — Cours des élèves sages-femmes.

1881. — Rappelé en exercice d'agrégé.

1881. — Suppléance de M. le professeur Depaul pendant les vacances (hôpital des Cliniques). Leçons cliniques au lit des malades.

1882. — Cours des élèves sages-femmes.

1882-1883. — Cours complémentaire d'accouchements à la Faculté. — Étude complète de la pathologie de la grossesse. — Fièvre puerpérale. — Conférences expérimentales à l'École pratique.

1883. — Suppléance de M. le professeur Depaul, du 11 juin au 31 octobre (hôpital des Cliniques). Leçons cliniques au lit des malades. — Exercice des élèves au palper, auscultation, toucher.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1883. — Traité pratique d'accouchements.

2 vol. in-8 de 1000 pages chacun, avec 750 figures intercalées dans le texte et une planche en chromolithographie.

Attaché pendant deux années comme chef de clinique d'accouchements à la Clinique de la Faculté, depuis dix ans chargé en qualité d'agrégé, soit de cours à la Faculté (suppléance de M. le professeur Pajot, cours auxiliaire d'accouchements, cours des élèves sages-femmes), soit du service de la clinique obstétricale (suppléance de M. le professeur Depaul), l'auteur a dû forcément se tenir au courant de tous les progrès réalisés en obstétrique, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, et se faire une expérience personnelle suffisante pour lui permettre de juger et d'apprécier les différents travaux parus dans ces dernières années. — Sa connaissance des langues allemande et anglaise lui a permis de lire dans les originaux les livres et les mémoires parus dans ces vingt dernières années, et de se rendre ainsi un compte exact, non seulement des opinions, mais de la valeur des opinions émises par les différents auteurs. — Il a ainsi écrit un *Traité d'accouchements* dans lequel il a essayé, tout en faisant un livre essentiellement pratique, de donner au lecteur une idée suffisante, quoique succincte, des travaux modernes.

Toutes les fois que l'auteur a rencontré un travail sérieux, il l'a analysé, condensé, de façon à en donner une idée à ses lecteurs, et il a exposé les raisons pratiques qui lui faisaient adopter ou rejeter les idées de l'auteur original. En tête de chaque chapitre, il a placé une bibliographie qui permet de se reporter aux sources primitives, et de compléter les citations et les analyses auxquelles il a dû forcément se borner.

L'ouvrage comporte 2 volumes de 1000 pages et est divisé en 8 livres.

LIVRE I. — *Partie anatomique.* — Étude du bassin, organes génitaux internes et externes (étude faite surtout au point de vue obstétrical).

LIVRE II. — *Partie physiologique.* — Puberté, nubilité, ovulation, menstruation, fécondation.

LIVRE III. — *Grossesse.* — Comprenant l'étude des modifications qu'elle imprime tant à l'ensemble de l'économie qu'aux différents systèmes organiques, le développement de l'œuf, l'étude du fœtus, de ses fonctions, la grossesse physiologique en un mot.

LIVRE IV. — *Accouchement physiologique.* — Présentations, positions, phénomènes physiologiques et mécaniques de l'accouchement. — Traitement général de l'accouchement. — Traitement particulier de chaque présentation. — Suites de couches normales, physiologiques. — Reconstitution des organes génitaux. — Involution utérine, etc.

LIVRE V. — *Pathologie de la grossesse.* — Maladies de la femme enceinte, de l'œuf, du placenta, du fœtus lui-même, avortement, grossesse extra-utérine.

LIVRE VI. — *Pathologie de l'accouchement.* — Dystocie.

LIVRE VII. — *Opérations obstétricales.*

Livre VIII. — *Suites de couches pathologiques.* — Fièvre puerpérale.

L'ouvrage a été imprimé en deux textes — un gros et un petit.— Le gros texte a été réservé surtout pour les considérations pratiques, et tout ce qui est personnel à l'auteur. — Le petit texte au contraire comprend les parties essentiellement théoriques, et les analyses des mémoires. Le livre peut donc ainsi être considéré, ou comme un manuel très détaillé, dans lequel le lecteur trouvera tout ce qui est suffisant pour la pratique, ou comme un livre plus scientifique, dans lequel l'auteur s'est efforcé de mettre sous les yeux du lecteur l'analyse de tous les travaux sérieux parus depuis vingt ans. L'ouvrage entier représente donc aujourd'hui l'état actuel de la science obstétricale.

L'auteur se permet d'appeler l'attention des lecteurs sur un certain nombre de chapitres, sur lesquels il a insisté d'une façon spéciale, à cause des travaux nombreux auxquels ils ont donné lieu tant en France qu'à l'étranger dans ces dernières années :

Dans le livre II, les chapitres consacrés à la *menstruation*, à la *formation des spermatozoïdes*.

Dans le livre III, ceux qui ont trait aux *modifications du col* pendant la grossesse. — A la *caduque*. — Aux *premières modifications de l'œuf*, au *placenta* et au *cordon*. — A l'*étude du fœtus à terme et de ses fonctions*. — Aux *mutations de présentation et de position*. — Au *palper abdominal*. — Aux *fausses grossesses*.

Dans le livre IV. — Les *déformations de la tête fœtale* dans les diverses présentations. — La *conduite à tenir dans chaque variété de présentation*. — L'*anesthésie obstétricale*. — La *ligature du cordon*. — L'*involution utérine*.

Livre V. — C'est une des parties les plus originales de l'ouvrage, et à laquelle l'auteur a donné le plus de développements, car il ne lui a pas consacré moins de 500 pages. — Elle comporte l'étude de la *Pathologie de la grossesse*, c'est-à-dire des maladies qui surviennent chez la femme enceinte, que ces maladies soit des maladies intercurrentes, ou qu'elles soient sous la dépendance immédiate de la grossesse.

Nous signalerons particulièrement les chapitres qui ont trait à la *phthisie*. — A la *syphilis*. — Au *goitre*. — A l'*ictère*. — Aux *ulcérations du col pendant la grossesse*. — Aux *vomissements incoercibles*. — Aux *troubles gravido-cardiaques*. — A l'*albuminurie* et à l'*éclampsie*. — Aux *maladies du placenta*. — A l'*hydramnios* et à la *mort du fœtus*, enfin à l'*avortement* et aux *grossesses extra-utérines*.

Dans le livre VI, qui comporte l'étude de la dystocie, nous noterons le chapitre consacré aux *vices de conformation du bassin*, qui ne comprend pas moins de 200 pages, et dans lequel l'auteur discute longuement la version et le forceps. — L'étude des *tumeurs fibreuses* — du *cancer* — des *kystes de l'ovaire*, dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. — Les *ruptures utérines*. — Les *hémorrhagies puerpérales*. — L'*hydroecéphalie*. — Les tumeurs de la *région ano-périnéale* chez le fœtus. — La *dystocie dans les accouchements gémellaires*.

Dans le livre VII. — Les chapitres consacrés à la *version*, au *forceps*. — A l'*opération de Porro*. — A l'*extraction du fœtus par les voies naturelles opposée à l'opération césarienne post mortem*.

Enfin le livre VIII tout entier, où l'auteur étudie les suites de couches pathologiques, la *fièvre puerpérale*, et montre que c'est dans la méthode antiseptique que réside tout le traitement de la puerpéralité.

1875. — Manuel d'accouchements comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches.

Par Carl. Schrœder, traduit et annoté par le docteur Charpentier, 1 vol. in-8.

Dans les nombreuses notes ajoutées aux 780 pages qui composent l'ouvrage original, l'auteur s'est efforcé de montrer la juste part qui revenait aux auteurs français dans les progrès réalisés jusqu'à nos jours par l'obstétrique. Disséminées dans l'ouvrage, ces notes complètent l'œuvre de Schrœder, et ajoutent, l'auteur l'espère du moins, à l'intérêt déjà si grand par lui-même du livre original, qui est encore aujourd'hui le livre classique en Allemagne.

1863. — Étude comparative sur la belladone, le datura et la jusquiame, au point de vue clinique.

(Prix Corvisart. — Faculté.)

L'auteur a étudié les effets thérapeutiques de ces trois médicaments dans les affections aiguës et chroniques. Il est parvenu à constater qu'il existe un antagonisme prononcé entre l'opium et la belladone; antagonisme assez accentué, pour que la belladone puisse être considérée comme un contrepoison de l'opium et réciproquement.

L'auteur a employé les alcaloïdes de la belladone et du datura: l'atropine, la morphine, la daturine.

L'atropine en particulier a été l'objet de ses études. L'auteur a fait ses expériences sur lui-même, et les a poussées jusqu'à l'intoxication. C'est la méthode des injections sous-cutanées qu'il a employée, et il a pu constater tous les phénomènes signalés par les

auteurs, avec cette particularité que, chez lui du moins, la morphine agissait comme contrepoison très efficace de l'atropine, les phénomènes de l'intoxication par l'atropine cessant au bout de vingt à vingt-cinq minutes après une injection de morphine, tandis qu'ils persistaient huit, dix, douze et seize heures, suivant les doses, lorsque la morphine n'était pas employée.

La daturine, instillée dans l'œil, a déterminé une violente conjonctivite, et a forcé l'auteur à suspendre ses expériences. (La solution employée était à l'alcool.)

L'auteur a pu constater les bons effets de l'atropine, dans quelques affections thoraciques (emphysème et asthme, certaines constipations opiniâtres). L'effet a été à peu près nul dans le rhumatisme.

1863. — Des accidents fébriles chez les nouvelles accouchées.

(Thèse inaugurale.)

L'auteur a voulu étudier ce que l'on entend sous le nom de *fièvre de lait*.

Voici ses conclusions :

1° L'établissement de la sécrétion lactée ne détermine généralement pas d'accidents fébriles, qu'elle ait lieu chez une fille à l'époque de sa menstruation (comme cela a été constaté dans quelques cas exceptionnels), ou chez une femme dans l'état de grossesse, ou après la délivrance.

2° Le gonflement des seins qui se produit quelquefois chez les femmes qui vont faire une fausse couche, et qui n'expulsent leur enfant que quelque temps après sa mort, n'est pas accompagné de fièvre.

3° Lorsque les femmes qui viennent d'accoucher présentent des

accidents fébriles à la suite de leur délivrance, ces accidents tiennent :

α. Exceptionnellement à la montée du lait dans les seins, et c'est alors la fièvre de lait ;

β. A des accidents variés (fièvre nerveuse, émotion, causes morales, rétention d'urine, constipation, rétention des caillots, d'une partie du placenta ou des membranes, hémorrhagies, lésions du mamelon, manœuvres et lésions traumatiques qui en sont la suite), qui ne font que coïncider dans leur apparition avec l'établissement de la sécrétion lactée.

1869. — Maladies du placenta et des membranes.

(Thèse de concours pour l'agrégation.)

L'auteur divise son étude en deux parties : *Maladies du placenta.* — *Maladies des membranes.*

Dans la première partie, il étudie les *épanchements sanguins*, hémorrhagie utéro-placentaire et apoplexie ; — les *dégénérescences fibro-graisseuses* et les *transformations successives du sang épanché.*

S'appuyant sur l'autorité de MM. Robin, Tarnier, Laboulbène, Bailly, etc., l'auteur arrive à cette conclusion, qu'il est impossible de considérer comme des maladies isolées les épanchements sanguins, les apoplexies et les dégénérescences fibro-graisseuses du placenta, que ces lésions sont toutes solidaires les unes des autres à des degrés différents, ou des variétés de transformation du sang épanché.

Il étudie l'*influence des lésions du placenta sur le fœtus*, et montre qu'il y a une relation directe entre l'état d'intégrité du placenta et la santé et le développement du fœtus.

Passant à la deuxième partie de son œuvre, c'est-à-dire aux *maladies des membranes*, il admet avec Devilliers la *congestion de la caduque*, les *apoplexies ou épanchements sanguins* dans le tissu de cette membrane ou dans sa cavité.

L'auteur dit ensuite quelques mots de la *dysménorrhée pseudo-membraneuse*, et montre qu'elle peut être absolument indépendante de la conception.

Puis, étudiant les *lésions du chorion et de l'amnios*, il constate que, si quelques auteurs ont admis l'inflammation de l'amnios, cette opinion paraît difficile à soutenir si l'on s'en rapporte à l'opinion des anatomistes qui font de l'amnios une membrane lisse, transparente, dépourvue de vaisseaux, de nerfs et de lymphatiques.

Il étudie ensuite les *altérations du liquide amniotique*, les *transformations du fœtus après sa mort* et les différents degrés de ces transformations : dissolution, momification, macération.

Passant à ce que l'on a appelé la *môle hydatique*, la *môle vésiculaire*, l'auteur, avec Virchow, Cornil, Ranvier, Damaschino, la range dans les tumeurs dues à une prolifération du tissu muqueux, c'est-à-dire la considère comme un *myxome* des villosités du chorion.

L'étude de l'*hydramnios* fait l'objet du chapitre suivant.

Ce mémoire se termine par quelques pages consacrées à l'*hydrorrhée;* il signale les deux formes de l'hydrorrhée, c'est-à-dire l'écoulement goutte à goutte, ou l'écoulement en nappe.

1872. — CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES PARALYSIES PUERPÉRALES.

1 vol. in-8, 1872, chez Adrien Delahaye.

Pendant la période puerpérale, la femme est exposée à une série de maladies, d'accidents, qui semblent emprunter à cet état un cachet particulier. Parmi ces accidents, les phénomènes paralytiques ne sont pas des moins intéressants à étudier. L'auteur a pensé qu'il pouvait y avoir intérêt à passer en revue les diverses opinions émises au point de vue de la pathogénie des paralysies, et c'est principalement là le sujet de son mémoire.

Ces paralysies sont tantôt des hémiplégies, tantôt des paraplégies, tantôt des paralysies portant sur les sens spéciaux. Complètes ou incomplètes, partielles ou totales, ces paralysies affectent un seul membre, ou les deux du même côté ou du côté opposé. Elles peuvent être limitées à la face, ou envahir à la fois la face et les membres, tantôt enfin porter plus spécialement sur tel ou tel organe des sens, ou telle partie du système musculaire ou de l'appareil sensitif, mais avec une prédominance toujours marquée pour la forme hémiplégique ou la forme paraplégique.

Sous le nom de *complètes*, l'auteur comprend les paralysies qui touchent à la fois les membres supérieur et inférieur du même côté s'il s'agit d'hémiplégies, ou les deux membres inférieurs s'il s'agit de paraplégies.

Le nom de paralysies *partielles* est réservé aux cas où un seul membre est pris.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Il existe des *paralysies puerpérales*, et elles peuvent se ranger sous deux chefs principaux :

Paralysies par lésion organique ;

Paralysies par action réflexe.

1° Les paralysies par *lésion organique* peuvent se subdiviser en deux grandes classes:

a. Les lésions organiques primitives: congestions, hémorrhagies, méningites, lésions des enveloppes osseuses, soit cérébrales, soit rachidiennes;

b. Les lésions organiques secondaires ou consécutives (congestions, hémorrhagies, méningites) à des affections du cœur, à des thromboses cérébrales, à l'albuminurie, aux affections utérines et aux compressions nerveuses.

2° Les paralysies réflexes ou dues à une irritation périphérique.

1872. — De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques.

(Thèse de concours d'agrégation.)

M. Charpentier commence par constater que tout traitement doit être basé sur la nature de la maladie, et que malheureusement dans l'éclampsie on est loin d'être fixé à cet égard. Tandis que certains auteurs admettent une pléthore cérébrale ou médullaire comme cause primordiale, d'autres admettent l'anémie; tandis que les uns veulent voir dans ces manifestations une lésion purement nerveuse, d'autres y voient des phénomènes morbides survenant sous l'influence d'une altération du sang. Mais on n'est pas même d'accord sur la nature de cette altération; et les théories de l'urémie, de l'ammoniémie, de l'urinémie, comptent chacune pour partisans les plus grands noms des pathologistes. Un grand fait domine cependant, sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que le sang de la femme enceinte présente des altérations spéciales, et que, comme l'a très bien fait observer M. le professeur Robin, chez elle l'hématose est incomplète, et d'autant plus que la grossesse est à une période plus avancée, et que l'utérus vient à prendre un plus grand développement, et

s'applique davantage sur la partie sous-diaphragmatique des gros troncs vasculaires.

« Ce défaut d'hématose entraîne une fluidité excessive du sang et le relâchement des tissus. La fluidité plus prononcée, la tonicité diminuée, les changements produits dans les sécrétions, permettent à l'albumine de s'infiltrer, de passer en nature dans les urines; l'albumine sortant en nature appauvrit davantage le sang, le rend plus fluide encore, et l'on voit survenir l'œdéme et les infiltrations générales.

» Les maladies nerveuses naissent avec cet état anormal du sang, se dissipent avec lui, comme si elles résultaient d'une pénétration plus abondante, plus profonde de la substance nerveuse par un sang oxygéné, et partant propre à entretenir la vitalité et à exciter les contractions.

» L'éclampsie n'aurait donc plus en général qu'une cause prédisposante, la fluidité extrême du sang déterminée par une altération de l'hématose portée en général au point de produire l'albuminurie, augmentée par l'albuminurie, et surtout, quand elle s'accompagne d'une sorte de pléthore séreuse, amenant avec facilité la congestion, l'infiltration des nerfs ou de leur enveloppe. »

A côté de cette théorie de Robin, il est d'autres auteurs qui admettent un véritable empoisonnement du sang, conséquence de l'hypérémie des reins, intoxication produite surtout par la présence du carbonate d'ammoniaque, et peut-être aussi des matières extractives de l'urine.

Enfin, pour d'autres auteurs, la maladie serait due à la maladie de Bright, à une irritation particulière du système nerveux et à une action réflexe, à l'hydrémie, à l'anémie des centres nerveux, à une altération de nutrition des centres nerveux, à des épanchements à la surface et dans les cavités de l'encéphale, à un œdéme de la surface du cerveau.

Chacune de ces théories a influé sur la direction que les auteurs ont imprimée à leur traitement.

L'auteur a donc dû se borner à recueillir de nombreuses observations, et à dresser des tableaux représentant chacun une méthode de traitement, chaque tableau étant subdivisé lui-même en trois parties :

1° Les cas où l'action du médicament a été nulle ou impossible à préciser d'une façon exacte ;

2° Les cas où la maladie n'a pas été enrayée, et a continué sa marche en s'aggravant, sans que l'agent thérapeutique ait agi ;

3° Les cas où la maladie a diminué ou cessé tout à fait.

Conclusions.

Après avoir discuté successivement la valeur du traitement des accès éclamptiques par la méthode des saignées copieuses et répétées, des saignées modérées, c'est-à-dire du *traitement antiphlogistique*, des *anesthésiques*, et après avoir conclu résolument contre le traitement obstétrical, c'est-à-dire contre l'accouchement prématuré provoqué, l'auteur, en présence de la multiplicité des observations, et des résultats si différents obtenus par les divers auteurs, croit, avec Stoltz, qu'en présence d'une affection si grave on est en droit de tout essayer. Pourtant les résultats obtenus depuis la publication de sa thèse avec le chloral, semblent indiquer la voie dans laquelle on doit marcher, lorsque l'on n'a pas eu recours au traitement préventif préconisé depuis par M. Tarnier (le régime lacté absolu), qui a donné à l'auteur lui-même, dans la majorité des cas où l'albuminurie avait été constatée pendant la grossesse, des résultats vraiment merveilleux. Le traitement obstétrical se borne pour l'auteur à terminer l'accouchement le plus promptement possible par le forceps ou la version, s'il se *déclare spontanément*, et aussitôt que la dilatation du col est complète, c'est-à-dire lorsque l'on peut agir dans l'intérêt de l'enfant (il faut qu'il soit vivant) sans violence ni danger pour la mère.

1874. — Leçons sur les hémorrhagies puerpérales.

(*Archives de tocologie*, 1874, t. I, p. 25.)

En 1874, la Faculté créait des cours complémentaires faits par les agrégés, qui, en quelques leçons, huit en général, devaient traiter certains sujets limités, et laissés à leur libre disposition. L'auteur choisit les hémorrhagies puerpérales, et ce mémoire est l'exposé de ses leçons.

Définissant d'abord ce que l'on doit entendre par ***hémorrhagies puerpérales***, l'auteur comprend sous ce titre toutes les pertes de sang qui se produisent depuis le moment de la dernière époque parue jusqu'au retour de couches.

Il divise son sujet en quatre grandes catégories:

1° Hémorrhagies des six premiers mois de la grossesse;

2° Hémorrhagies qui surviennent pendant les trois derniers mois de la grossesse, — hémorrhagies se produisant pendant le travail de l'accouchement;

3° Hémorrhagies de la délivrance;

4° Hémorrhagies secondaires.

L'auteur passe alors successivement en revue les causes des hémorrhagies des six derniers mois, et montrant que ces hémorrhagies se lient presque d'une façon intime à l'avortement, il en étudie les symptômes, le diagnostic et le traitement, qu'il divise en traitement préventif, curatif et palliatif.

Passant ensuite aux hémorrhagies des trois derniers mois de la grossesse et du travail, l'auteur étudie l'***hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta***, les théories diverses émises par les auteurs français et étrangers, et arrive à la question du traitement, qu'il développe d'une façon toute particulière.

Rejetant l'accouchement forcé, qu'il regarde comme une dernière ressource, alors que tous les autres moyens ont échoué, mais ressource aussi précaire que dangereuse, il discute la *méthode de Puzos* (rupture des membranes) et arrive ainsi au *tamponnement*. C'est pour lui le moyen par excellence dans les hémorrhagies par insertion vicieuse.

L'auteur examine successivement les différents tampons, et donne la préférence au tampon de charpie fait de bourdonnets isolés; il montre la quantité énorme de charpie qu'il faut employer pour faire un bon tampon, et ajoute :

Pour que le tampon agisse, il faut qu'il séjourne dans le vagin pendant au moins douze ou vingt-quatre heures; or c'est là le grand écueil des praticiens, qui, toujours trop pressés de constater les effets obtenus, se hâtent de retirer le tampon et en perdent ainsi tout le bénéfice.

Combattant les objections faites au tampon par ses adversaires, il montre au contraire tous les avantages qu'on en peut retirer, soit qu'on se borne à le laisser jusqu'à ce que la dilatation du col permette de terminer l'accouchement par le forceps ou la version, soit qu'on laisse la femme accoucher à la fois de son tampon et de son enfant.

L'auteur passe ensuite à l'étude des *pertes internes*, des *ruptures utérines* vaginales, et arrive aux ***hémorrhagies de la délivrance***.

Combattant énergiquement la méthode dite de Credé (l'expression utérine), il constate que ces hémorrhagies sont dues à une cause presque unique : l'*inertie utérine;* il en discute les causes, les signes, le traitement, traite en passant de la rétention du placenta en totalité ou en partie, et montre que les indications se résument en ceci :

1° Débarrasser l'utérus du délivre et des caillots ;

2° Réveiller la contractilité utérine ;

3° S'opposer à l'afflux du sang vers l'utérus, et à son extravasation dans la cavité utérine;

4° Combattre les effets immédiats et consécutifs de l'hémorrhagie.

Il montre que l'inertie utérine est à répétition, et il étudie ce que l'on a appelé l'*inertie secondaire*, et les hémorrhagies qui en sont la conséquence; il prouve que dans ces cas l'accident est le même que dans le cas précédent, et qu'il n'en est que la répétition; le traitement doit donc être le même.

Il y ajoute la compression de l'aorte, dont il constate les bons effets sans se laisser arrêter par les idées théoriques.

L'auteur examine les autres causes d'hémorrhagie : *rupture de varices*, les *thrombus*, les *tumeurs fibreuses*, le *cancer*, l'*inversion utérine*, et il termine par l'étude des *hémorrhagies qui surviennent dans les jours qui suivent l'accouchement*, montrant que la plupart tiennent à ce que l'on a laissé dans l'utérus partie du délivre ou des membranes; et enfin il signale ces hémorrhagies qui tiennent à une excitation particulière du sens génital chez certaines femmes, que la présence prématurée du mari dans le lit conjugal suffit pour impressionner d'une façon exagérée.

Arrivant enfin au *retour de couches*, il signale les variétés infinies qu'il peut présenter chez les différentes femmes, au point de vue de l'époque de son apparition, de son intensité qui dépasse quelquefois les limites ordinaires, et montre que dans ce cas l'intervention est assez souvent nécessaire.

1874. — Observation de grossesse extra-utérine péritonéale ayant duré environ treize mois; extraction de l'enfant par la paroi abdominale ouverte par le caustique de Vienne; mort par le choléra; autopsie.

(Observation recueillie en 1866, pendant le clinicat, à l'hôpital des Cliniques, publiée dans le mémoire de M. Depaul, *Archives de tocologie*, t. I, 1874.)

1874. — Grossesse extra-utérine de près de sept mois, prise pour une rétroversion utérine compliquant une grossesse normale, ou pour un développement sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus.

(Observation recueillie dans le service du professeur Dolbeau, publiée dans le mémoire de Depaul sur les grossesses péritonéales, *Archives de tocologie*, 1874)

1874. — Observation de tumeur de la région sacro-coccygienne prise pour une grossesse gémellaire; présentation de l'épaule.

Fait observé en ville avec M. le docteur Bourgeois, publié dans les *Archives de tocologie*, mémoire du docteur de Soyre, 1874.)

1875. — Observation d'oblitération complète du col, suivie de réflexions.

(*Archives de tocologie*, 1875.)

1876. — Rétrécissement du bassin chez une femme d'une taille de 1^{m},15; phocomélie; bassin de 5^{c} 1/2 après déduction; accouchement a 6 mois 1/2 par le forceps, d'un enfant vivant, du poids de 1520 gr.; guérison de la mère; mort de l'enfant au bout de quelques heures.

(*Archives de tocologie*, 1876.)

1882. — Observation de grossesse triple.

(*France médicale*, n° 56.)

1875. — DES LÉSIONS DU FŒTUS A LA SUITE DE L'EXTRACTION DANS LES PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE, SOIT PRIMITIVE, SOIT CONSÉCUTIVE A LA VERSION, AVEC UN COURT APERÇU DES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRACTION.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten. Stuttgard, 1875.)
(Traduit et publié, *Bulletin de thérapeutique*, 1875.)

Mémoire intéressant, dans lequel l'auteur signale la rareté des observations, tant au point de vue exclusivement clinique qu'au point de vue médico-légal, et dans lequel, aprés avoir rappelé que, parmi les auteurs, les uns considèrent l'extraction comme inoffensive, les autres comme capable de déterminer des lésions fœtales, il montre que ces lésions existent réellement et malheureusement trop souvent; qu'elles consistent en *épanchements sanguins dans la région cervicale*, hémorrhagies dans les muscles, le tissu cellulaire qui les entoure, et qu'elles peuvent même, quoique trés rarement, conduire à la déchirure de ces muscles. C'est surtout le muscle sterno-cléido-mastoïdien qui présente les lésions les plus prononcées. Il cite même deux cas où cette lésion s'est produite par les seuls efforts de la matrice dans une présentation céphalique.

Sur 64 cas d'extraction, il a observé 18 fois ces lésions musculaires.

A côté de ces épanchements dans les muscles du cou, l'auteur signale l'épanchement sanguin dans d'autres organes, et en particulier dans les cavités du corps (cavité abdominale, au-dessous de la capsule du foie, des reins, déchirure des sinus crâniens, épanchements rétro-pleuraux le long de la colonne vertébrale, épanchements pleuraux); les *fractures* qui sont rares comparativement au *décollement des épiphyses* et qui sont si souvent prises pour des luxations. Parmi les décollements épiphysaires, l'auteur

cite celui qui se produit à l'extrémité sternale de la clavicule, et qui se rencontre précisément avec la déchirure de la portion sternale du sterno-cléido-mastoïdien; le décollement des épiphyses entre la partie écailleuse de l'occipital et la partie articulaire appartenant à la portion basilaire de l'os; la rupture dans la suture temporo-pariétale; les fissures des os du crâne, les fractures de l'occipital avec déchirure du sinus transverse; la rupture de la colonne vertébrale; les tiraillements, la déchirure de l'appareil ligamenteux; les distensions, les déchirures de l'articulation de la mâchoire, de l'articulation sterno-claviculaire. La moelle par le fait de la déchirure des ligaments vertébraux ne semble pas souffrir autant qu'on pourrait le croire d'aprés les auteurs.

Les *luxations du fémur* sont extrêmement rares; il en est de même des *luxations de la mâchoire inférieure*.

Les *luxations de la mâchoire inférieure*, les fractures, le décollement au niveau de la symphyse qui unit les deux moitiés de la mâchoire inférieure, peuvent aussi exister avec ou sans déchirure des parties molles; les déchirures de la muqueuse et du tissu musculaire de la bouche; le décollement de la symphyse sacro-iliaque.

L'auteur aprés avoir signalé ces lésions, passe en revue les diverses méthodes d'extraction, et conseille l'expression d'aprés le procédé de Kristeller.

Le mémoire se termine par deux tableaux comprenant:

I. Lésions produites dans l'extraction aprés la version, 44 cas.

II. Lésions dans la présentation de l'extrémité pelvienne, 29 cas.

1875. — Traité d'obstétrique vétérinaire, par M. Saint-Cyr, professeur a l'École vétérinaire de Lyon.

(Revue critique, *Archives de médecine*, 1875.)

M. Saint-Cyr s'est efforcé dans cet ouvrage de signaler les rapports qui existent entre l'obstétrique humaine et l'obstétrique animale, ce qui n'avait pas été fait jusqu'à lui.

On y trouve des recherches curieuses sur la pelvimétrie, qui présente cette différence remarquable avec la pelvimétrie humaine, que, tandis que chez la femme la mensuration externe du bassin ne donne que des résultats incomplets, la pelvimétrie externe appliquée à l'animal donnerait, d'après M. Saint-Cyr et M. Arloing, des résultats concluants et positifs.

Le diagnostic de la grossesse se fait chez l'animal à l'aide des signes sensibles, qui se bornent à la constatation des mouvements actifs du fœtus. Pas de ballottement, pas de résultats par l'auscultation. M. Saint-Cyr a pourtant nettement perçu les battements du cœur fœtal chez la vache.

Un chapitre est consacré à la durée de la gestation. Elle ne semble pas avoir chez les animaux de durée fixe comme dans l'espèce humaine; et, tandis que chez la femme les grossesses prolongées sont tellement exceptionnelles qu'elles sont même niées par quelques accoucheurs, il ne paraît pas en être de même chez les animaux, où ce phénoméne semble relativement assez fréquent.

Comme dans l'espèce humaine, la gestation peut se faire en dehors de l'utérus.

Parmi les maladies que les animaux présentent pendant la gestation, il en est une qui mérite d'attirer l'attention, c'est la *paraplégie*, qui semble assez commune chez la vache. On observe de même chez elle l'*œdème*, que les vétérinaires appellent l'œdème froid. Enfin Riss a signalé deux cas d'*amaurose* chez la jument.

Il faut encore signaler la *rétention anormale du fœtus* dans la matrice, l'*avortement*, qui chez l'animal ne s'accompagne pas d'hémorrhagie, et la *rétention du placenta*, qui peut chez la vache se produire assez souvent et déterminer des accidents graves. Chose curieuse, chez l'animal l'avortement revêt quelquefois la forme épizootique.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude de l'*accouchement naturel;* il traite des présentations et des positions. Celles-ci ne sont pas fixes comme chez la femme ; le fœtus, il est vrai, affecte dans la matrice une position qui est à peu près constante dans les mêmes espèces, et qu'il garde à peu près pendant toute la vie intra-utérine, mais elle change au moment de la mise bas. Comme le fœtus humain, l'animal se présente par son extrémité antérieure, postérieure, ou par le travers. Seulement, tandis que dans l'espèce humaine c'est la tête qui sert de point de repère pour l'extrémité antérieure, chez l'animal c'est la poitrine qui désigne la présentation.

Le chapitre consacré à la *dystocie* est divisé en dystocie maternelle et fœtale. Ici une différence capitale avec l'espèce humaine : il n'est question chez l'animal ni de rachistime ni d'ostéomalacie, mais les fractures du bassin, les exostoses, les tumeurs s'y rencontrent beaucoup plus fréquemment que chez la femme ; il en est de même des hernies de l'utérus, des déviations de la matrice. Mais il est une affection spéciale à la vache, c'est ce que les vétérinaires appellent la *révolution de la matrice sur son axe*, la torsion de la matrice, la torsion du col et du vagin.

Chez la femme, la matrice subit bien un léger mouvement de torsion sur elle-même, mais cela ne peut se comparer à ce qui se passe chez la vache, et qui fait que la face supérieure de la matrice devient successivement latérale inférieure, latérale du côté opposé, pour redevenir supérieure quand la révolution est complète.

Signalons encore la rigidité du col, l'oblitération complète du

col, les brides cicatricielles, la persistance de l'hymen, et l'atrésie vulvaire.

La dystocie fœtale est surtout déterminée par le volume exagéré du fœtus (chiens surtout) et les présentations vicieuses.

Les opérations obstétricales comportent la propulsion, la rotation et la version, correspondant à la version dans l'espèce humaine. Quant aux moyens d'extraction, ils exigent l'emploi des lacs, des licols, des crochets, du treuil, du cabestan, des moufles, c'est-à-dire des tractions mécaniques.

A ce propos, M. Charpentier se montre peu partisan des tractions mécaniques appliquées à l'espèce humaine, et outre les objections basées sur la direction des tractions, et l'impossibilité où l'on est de les diriger avec la main, il en signale une, qui lui paraît avoir une grande importance : « c'est la différence des causes de dystocie chez la femme et les grandes femelles.

» Chez ces dernières, la dystocie tient le plus habituellement aux présentations vicieuses du fœtus, et comme ce n'est pas la tête qui oppose ordinairement la résistance, mais le tronc du fœtus, la compression que le bassin de l'animal aura à subir dans les tractions mécaniques, sera déterminée par un corps relativement compressible et revêtu de parties molles épaisses et abondantes ; de là l'innocuité relative. En est-il de même chez la femme ? Loin de là. Les cas dans lesquels les partisans de la force mécanique recommandent l'emploi de leurs appareils sont surtout les rétrécissements du bassin. Or ces rétrécissements du bassin sont constitués par des os solides, résistants, reliés entre eux d'une façon qui ne permet pas leur écartement sans rupture des ligaments et des articulations qui les unissent ; de plus, les parties molles qui les tapissent sont peu épaisses, et sont revêtues d'une séreuse, qui parmi les séreuses est peut-être celle qui est le plus apte à s'enflammer. Il y a donc là une première différence, dont il nous semble qu'il faut tenir grand compte. Mais, en outre, quelle est la partie du corps

fœtal qui chez la femme doit franchir cette partie du bassin et offre la résistance? Est-ce une partie molle facilement compressible? Non, c'est au contraire la tête, c'est-à-dire la partie la plus dure, la plus résistante, la moins compressible de l'enfant, celle enfin où les parties molles sont les moins épaisses. Peut-on donc comparer les conditions? Dans un cas, il s'agit de faire franchir un bassin normal à une partie éminemment compressible, le tronc de l'animal; dans l'autre c'est une partie peu susceptible de réduction (1 1/2 centimètre à 2 au plus dans les cas les plus favorables), la tête, qui doit franchir le bassin, c'est-à-dire un canal absolument résistant et absolument inextensible, et qui, de plus, comme dans certains cas de rachitisme, présente des crêtes, des arêtes saillantes, qui, comme le prouvent quelques faits, peuvent devenir dangereuses, même dans les accouchements spontanés. Peut-on donc s'étonner des résultats funestes auxquels on arrive par les tractions mécaniques, comme le prouve la majorité des faits recueillis actuellement? Évidemment les tractions mécaniques pourront parvenir à faire franchir les rétrécissements à la tête fœtale, personne n'en a jamais douté; il y a là une sorte d'effet de laminoir que l'on ne peut contester; mais, dans les cas difficiles, ce ne sera jamais qu'au détriment du bassin ou de la tête fœtale, c'est-à-dire de la mère et de l'enfant; et dans les cas faciles, on pourra presque toujours y parvenir avec la force manuelle seule, surtout lorsqu'elle sera exercée par un homme instruit, et qui saura varier la direction des tractions suivant les axes du bassin, et suivant les conditions dans lesquelles se présentera ce bassin. M. Tarnier, qui considère que la plus sérieuse objection que l'on puisse faire aux tractions mécaniques, c'est d'être invariables, de tirer toujours dans le même sens, et de ne pas pouvoir être modifiées à volonté et dirigées suivant l'axe curviligne du bassin, croit avoir obvié à cet inconvénient en remplaçant l'appareil de Chassagny ou de Joulin par le simple moufle. Il y a là déjà, il est vrai, une amélioration, en ce qu'on peut à volonté diriger les tractions dans tous les sens, aussi bien

qu'avec l'opération purement manuelle. Mais, si le glissement si fréquent du forceps avec les appareils mécaniques peut être ainsi un peu plus évité, il n'en peut pas moins se produire quelquefois avec ses conséquences désastreuses ; et, de plus, notre objection n'en subsiste pas moins tout entière. Du reste, les expériences faites par M. Tarnier ne sont pas très nombreuses, sept seulement, et sur les sept observations, deux mères sont mortes, ainsi que quatre enfants. Il est difficile d'apprécier ces résultats, car dans l'article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* M. Tarnier ne donne aucun détail, ni sur le degré du rétrécissement, ni sur le volume de la tête de l'enfant. Laissons donc les tractions mécaniques aux vétérinaires, et, si nous voulons faire des tentatives dans ce sens, n'oublions jamais que les conditions sont absolument différentes, et que les deux existences dont nous avons la responsabilité, sont autrement intéressantes que celles d'une vache ou d'une jument, sur lesquelles nous pouvons avec toute liberté de conscience, nous livrer à toutes les expériences voulues.

» Ce n'est pas le tout que de déployer de la force dans un accouchement, il faut que cette force soit intelligente, soit raisonnée, et les accoucheurs à mécaniques ont beau me montrer, avec le dynamomètre, qu'ils ne déploient que 40 kilogrammes de force là où j'en aurai besoin de 60, si mes 60 kilogrammes sont bien dirigés et bien conduits, ils détermineront toujours, j'en suis convaincu, moins de désordres que les 40 kilogrammes appliqués d'une façon inconsciente. »

Le dernier chapitre du livre de M. Saint-Cyr est consacré aux accidents du part, et on retrouve là ce qu'il appelle la *fièvre vitulaire*, l'analogue de la fièvre puerpérale, et sur laquelle les vétérinaires ne sont pas plus d'accord que les accoucheurs sur la fièvre puerpérale.

Disons enfin que l'*éclampsie* se rencontre dans les espèces animales comme dans l'espèce humaine.

1876. — Des instruments destinés a remplacer le forceps et des tractions mécaniques.

Leçon faite à l'École, et dans laquelle l'auteur rejette le léniceps, le rétroceps et discute ensuite les tractions mécaniques, qu'il repousse également.

1877. — Sur les signes de l'avortement pendant les premiers mois de la grossesse.

(*Annales d'hygiène et de médecine légale.* Rapport, par le docteur Charpentier.)

Au mois d'avril 1874, dans une des séances de la Société de médecine légale, M. Gallard, à propos d'un fait très intéressant d'avortement survenu à deux mois de grossesse, et après examen fait du produit expulsé, émettait cette opinion : « Tout avortement qui se fait dans les premiers mois doit se faire en bloc, c'est-à-dire que l'œuf doit être expulsé en entier. Lorsque l'œuf présentera des déchirures, et à plus forte raison si les membranes sont retournées, ce sera une preuve qu'une main criminelle aura déterminé l'avortement. »

M. Charpentier s'éleva contre cette opinion comme trop exagérée, et même dangereuse, et la Société de médecine légale nomma une commission composée de MM. Leblond, Penard, Devilliers et Charpentier, pour élucider la question. Chargé du rapport, M. Charpentier discute d'abord 17 faits de M. le docteur Leblond, dont 16 sans rupture et 1 avec rupture, et montre qu'ils ne sont pas concluants ; car, constatant la difficulté qu'il y a à préciser l'âge exact de la grossesse, et montrant qu'un écart de trois semaines est possible, il craint que M. Leblond n'ait ainsi,

en attribuant à des œufs abortifs un âge plus avancé qu'ils ne l'avaient en réalité, pris l'exception pour la règle et réciproquement.

L'auteur croit que les œufs très jeunes sont expulsés en bloc; mais, quand ils ont acquis un certain volume, il n'en est plus de même; tous les accoucheurs sont d'accord sur ce point. Il constate que l'on peut avec raison reconnaître trois sortes d'avortement : l'*avortement ovulaire*, l'*avortement embryonnaire*, l'*avortement fœtal.*

Quand on étudie la marche de l'avortement, il y a plusieurs facteurs en présence. — Kuneke, en Allemagne, en admet quatre :

1° Les modifications mécaniques;

2° Les modifications organiques;

3° Les modifications dynamiques;

4° Les modifications plastiques, que l'on peut ramener à deux :

a. Modifications qui se passent du côté de l'œuf;

b. Modifications qui se passent du côté de la matrice.

Or, du côté de l'œuf, ces modifications sont énormes depuis le jour de l'arrivée de ce nouvel organisme dans la matrice jusqu'à la fin du troisième mois, et si considérables, qu'il est impossible par exemple de comparer entre eux des œufs du premier, du second ou du troisième mois.

Passant en revue les œufs de ces différentes catégories, l'auteur montre que les œufs du premier mois sont alors composés d'un chorion et de la vésicule ombilicale qui le remplit presque en entier : il y a une allantoïde, un amnios, mais pas ou à peine de cordon (œufs de Thomson, Müller, Coste, Wagner, Devilliers). Ces œufs sont pleins, ne possèdent pas de cavité remplie de liquide, et sont partout recouverts de villosités. Pendant ce premier mois, l'œuf présente donc une physionomie spéciale. Greffé sur la mu-

queuse utérine qui a bourgeonné autour de lui, de façon à constituer ce que l'on appelle la *caduque réfléchie*, l'œuf est entouré de toutes parts par les villosités choriales qui se développent sur toute son étendue; il se compose déjà de ses deux membranes, amnios, chorion, et la muqueuse utérine peut se décomposer en trois parties : caduque réfléchie, caduque pariétale et muqueuse utéro-ovulaire; mais il n'y a pas véritablement encore de cavité de l'amnios, elle n'est qu'en voie de formation, et nécessairement, si l'œuf est expulsé, il est expulsé en bloc.

Lorsque l'avortement survient dans ces conditions, l'œuf, on le comprend, se détache facilement de la muqueuse, et son petit volume aidant, il passe à travers le col, sans que la femme en soit pour ainsi dire avertie autrement que par la sortie de quelques caillots, et par la manifestation de quelques coliques qu'elle n'éprouve ordinairement pas, ou qui ne se manifestent qu'à l'époque des règles, affectant ainsi nettement le caractère de coliques utérines, et se distinguant par conséquent des coliques intestinales. — Ce n'est pas du reste à cette époque qu'il peut être question d'avortement provoqué, car les femmes soupçonnent à peine leur grossesse, et se bornent à l'emploi de bains, de cataplasmes chauds et des emménagogues.

Quant au deuxième facteur, c'est-à-dire aux phénomènes qui se passent du côté de la matrice, il n'y a pas, et il ne peut pas y avoir encore, à proprement parler, de contractions utérines, la fibre utérine n'étant pas suffisamment développée.

L'avortement embryonnaire présente un autre tableau; trois facteurs ici entrent en jeu :

1° Volume et résistance de l'œuf;

2° Action de la matrice;

3° Vitalité ou mort de l'œuf.

A partir de la cinquième semaine, l'œuf se compose de trois enveloppes distinctes : une interne, l'amnios, qui, s'éloignant peu à peu de l'embryon, forme une cavité qui tend à se remplir de plus en plus par le liquide amniotique; une externe, le chorion, garni de villosités creuses et ramifiées qui couvrent toute la périphérie de l'œuf, et pénètrent dans l'épaisseur de la muqueuse utérine; et entre ces deux membranes, l'allantoïde, qui s'aplatissant de plus en plus à mesure qu'elle s'épanouit, arrive de l'état de vésicule à l'état de lamelle cellulaire, et vient amener les vaisseaux ombilicaux jusque dans les plus fines radicules des villosités choriales devenues creuses; enfin, comme dernière enveloppe, la caduque pariétale utérine et la muqueuse utéro-placentaire. La vésicule ombilicale atrophiée et flétrie n'existe plus qu'à l'état de vestige. Le cordon est à l'état de formation, mais il existe déjà bien réellement.

Les villosités tendent à s'atrophier partout, sauf au niveau de la muqueuse utéro-ovulaire, inter-utéro-placentaire, où elles se développent au contraire d'une façon exagérée pour former le placenta.

Quant à l'utérus, il subit une véritable hypertrophie, qui porte sur tous les éléments de l'organe, mais surtout sur la fibre musculaire. L'avortement se compose donc alors : 1° du décollement de l'œuf; 2° du décollement de la muqueuse pariétale ou caduque; 3° de l'expulsion de l'œuf.

C'est bien rarement du premier au second mois que les manœuvres criminelles destinées à provoquer l'avortement sont exécutées. Ce n'est pas à la perforation des membranes que les criminels ont recours à cette époque, c'est aux injections, au décollement des membranes, aux sondes, car la perforation des membranes expose trop à la perforation de l'utérus. D'un autre côté, c'est à cette époque que se font la plupart des avortements spontanés, qui correspondent généralement à la période cataméniale. Que la congestion dépasse les limites normales, une hémorrhagie se dé-

clare, le sang s'épanche dans la cavité utérine, déchire les liens qui unissent l'œuf à l'utérus, quelquefois même déchire le chorion lui-même, pénètre dans l'épaisseur de cette membrane, arrive même jusqu'à l'amnios, et pénètre jusque dans la cavité de l'œuf. Voilà un premier cas où les membranes sont rompues. — L'hémorrhagie est-elle moins abondante, il y a simple décollement de l'œuf, qui, devenu corps étranger, est expulsé par l'utérus, en bloc ou membranes rompues suivant les cas. Mais c'est l'hémorrhagie qui est le signe du début. Les contractions ne viennent qu'après.

Dans une seconde variété, l'hémorrhagie ne vient qu'en second lieu, et ce sont pour ainsi dire les contractions utérines qui font tous les frais de l'avortement. Au lieu d'un décollement rapide et étendu, l'œuf ne se décollera que lentement, progressivement, peu à peu, par places; chaque décollement, étant précédé d'une contraction, s'accompagne d'une hémorrhagie qui n'aura plus les caractères de la première. L'autre était violente, abondante au début, puis continue et composée de sang noirâtre. Celle-ci sera plus intermittente, en rapport avec l'intensité des contractions, et d'autant plus vive que les douleurs seront plus énergiques. L'œuf est vivant dans ce dernier cas, et il résiste à la destruction tant que la nature le permet. Ce n'est plus un corps étranger dont l'utérus cherche à se débarrasser le plus tôt possible, c'est un organisme vivant, qui, greffé sur l'organisme maternel, exige pour en être séparé des efforts plus héroïques et plus puissants. De là la durée plus longue de l'avortement, de là ces alternatives de repos et de douleurs, le caractère irrégulier des contractions, qui est le type de l'action utérine dans l'avortement.

Les conditions d'expulsion ne sont donc plus les mêmes que dans le cas précédent... Et cela ne suffit-il pas pour expliquer l'intégrité de l'œuf dans le premier cas, et sa rupture dans le second? Tandis que dans le premier cas l'œuf détaché de l'utérus tend de lui-même à s'engager dans le col; dans le second, l'œuf, retenu encore par une partie de ses adhérences à l'utérus, est incomplètement poussé

vers ce col au moment de la contraction utérine. Poussé par l'utérus au moment de la contraction, il tend après cette contraction à reprendre sa place normale. La contraction augmente, le col s'entr'ouvre, l'œuf s'y engage, mais la contraction cesse, et l'œuf se trouve ainsi pris entre deux forces, le col d'une part, qui tend à le retenir, le corps de l'autre, qui tend à l'entraîner en arrière au moment où la contraction se supprime. Qui ne voit qu'il y a là une série de tiraillements, qui, pour peu que les adhérences résistent, exposent fatalement l'œuf à une rupture; rupture qui n'est pas obligatoire, mais qui surviendra d'autant plus sûrement, que la vitalité de l'œuf sera plus grande et les adhérences plus solides. Ce mécanisme est d'autant plus réel, que l'on en trouve la confirmation à mesure que l'on s'éloigne du début de la grossesse. Plus on s'éloigne de ce moment, plus la rupture est la règle. A trois, quatre, cinq mois, toujours les membranes se rompent, et on a pu dire avec raison que dans l'avortement l'expulsion du fœtus n'était rien, celle du placenta était tout.

Dans l'avortement le col ne s'efface ni ne se dilate; il s'ouvre seulement de la quantité suffisante pour que l'œuf puisse passer, mais il conserve toute sa longueur, les deux orifices restent à leur distance respective, ce n'est plus un anneau que l'œuf va franchir, c'est un canal dont la rigidité est d'autant plus grande, que la grossesse est moins avancée.

Discutant ensuite le fait invoqué par Gallard, l'auteur réfute une par une chacune des assertions de son contradicteur (retournement de l'œuf, absence du fœtus, etc.), puis il arrive à l'*avortement de deux mois à trois mois et demi.*

Au delà de cette limite l'avortement devient un accouchement en petit, et l'avortement lui-même devient de plus en plus rare à partir de cette époque. C'est au contraire dans cette période qu'il est le plus souvent provoqué. C'est à ce moment que le signe invoqué par Gallard pourrait avoir de l'importance; il n'en est rien.

L'œuf en effet n'est plus le même; les villosités atrophiées sur la plus grande étendue de la surface se sont condensées, réunies, hypertrophiées en masse sur un point, pour constituer le placenta qui fixe solidement l'œuf à la paroi utérine. L'amnios et le chorion représentent deux membranes excessivement minces, formant la cavité de l'œuf, remplie par le liquide amniotique dans lequel nage le fœtus attaché au placenta par son cordon ombilical. Le placenta est relativement beaucoup plus solide, plus volumineux que le fœtus.

Qu'un traumatisme, qu'une hémorrhagie se produisent, l'œuf se décollera, mais partiellement; aussi la rupture des membranes devient-elle la règle, et l'avortement en bloc l'exception.

D'un autre côté, l'utérus est loin d'avoir acquis sa structure définitive; la fibre musculaire y est encore à l'état rudimentaire, aussi ses contractions sont-elles relativement trop faibles pour détacher le placenta : de là la durée quelquefois infinie de l'avortement. Ajou'ons la disproportion entre l'ouverture du col et le corps qui doit la traverser. Voici ce qui se passe : l'avortement commence (perte ou contraction, peu importe, mais ces deux phénomènes marchent pour ainsi dire parallèlement). Sous l'influence des contractions, le col s'entr'ouvre, l'œuf s'engage dans le col, mais il ne sort pas; il reste là plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours; puis à un moment donné, la plupart du temps dans une contraction, quelquefois, je dirai même souvent, dans un mouvement, dans un effort de la femme, l'œuf se rompt. Au moment de la rupture, l'embryon, qui est relativement lourd pour son cordon, est chassé à travers le col, qu'il franchit grâce à sa mollesse, et, si l'effort est un peu soutenu, sa propulsion seule suffit à rompre le cordon. Si le cordon résiste, l'embryon reste appendu à ce cordon, appliqué contre les parties génitales, et, si l'on n'intervient pas, le cordon se rompt dans les mouvements de la femme. Si l'on tire sur ce cordon, il se rompt infailliblement, mais *jamais*,

jamais, il ne peut être assez résistant pour suffire au décollement du placenta, et à plus forte raison à son retournement.

Passé trois mois, l'avortement, comme l'accouchement, se fait en deux temps :

1° Expulsion du fœtus;

2° Expulsion du placenta.

La Société a adopté les conclusions de ce rapport, qui sont les suivantes :

1° L'état actuel de la science ne permettant pas de fixer d'une façon absolue l'âge de la grossesse, et un écart de trois semaines étant toujours possible entre le début vrai et le début supposé de cette grossesse, il est impossible de déterminer exactement l'âge des produits abortifs que l'on aura à examiner.

2° Dans les six premières semaines, l'avortement se fait en bloc, le volume et la cavité de l'œuf étant à cette époque très minimes.

3° De la sixième à la dixième semaine, ou environ, l'avortement peut encore se faire en bloc, mais il se fait au moins aussi souvent en deux temps. Tout dépend de la résistance de l'œuf, de la force des contractions utérines, de la résistance du col, des adhérences de l'œuf ou de ses altérations.

4° L'absence du fœtus ne prouve pas l'intervention criminelle, car ce fœtus peut avoir subi la dissolution, si l'œuf mort a séjourné longtemps dans la cavité utérine.

5° A partir de trois mois, trois mois et demi, la rupture est la règle, l'avortement se fait en deux temps : expulsion du fœtus, expulsion du placenta et de la caduque, cette dernière partie de l'avortement pouvant durer plus ou moins longtemps.

6° Jusqu'à quatre mois, le cordon est beaucoup trop faible pour résister aux tractions qui seraient exercées sur lui dans le but d'extraire le placenta.

7° La rupture des membranes ne peut donc être considérée à elle seule comme un signe d'avortement provoqué : on n'est pas autorisé à en faire un signe de certitude d'avortement criminel, même lorsqu'on la constate dans les premiers mois.

1877. — Du traitement de l'accouchement dans les bassins rétrécis, par Litzmann, a Kiel.

(Sammlung klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern. Herausgegeben von Richard Volkmann, n° 90. Leipzig, 1875.)

(Traduit par Charpentier, *Archives de tocologie*, 1877.)

Tandis qu'en France les accoucheurs ont recours au forceps, suivi au besoin de l'application du céphalotribe après perforation du crâne, en Allemagne, c'est à la version que l'on a recours. Les auteurs allemands eux-mêmes ne sont pas d'accord sur ce point, chaque procédé ayant des partisans plus ou moins convaincus.

1877. — Des grossesses extra-utérines.

(*Revue des sciences medicales*, 1877. Revue générale.)

L'auteur a voulu montrer les progrès réalisés dans l'étude de cette anomalie de la grossesse.

Les grossesses extra-utérines n'ont été admises comme une espèce distincte que depuis l'époque où la présence de l'œuf a été étudiée d'une façon assez intime pour que ces faits, qui paraissaient surnaturels pussent s'expliquer, et ce n'est en réalité que depuis les travaux de Maygrier, de Raciborski et de Coste, que les phéno-

mènes de la menstruation et de la fécondation étant bien connus, on a pu arriver à une étude rationnelle des grossesses extra-utérines.

Or non seulement l'ovule fécondé peut se développer sur tous les points des organes génitaux, y compris le col (obs. de Chavanne), mais il peut se greffer sur tous les organes contenus dans la cavité abdominale, et y subir toutes les périodes de son évolution. De là, au point de vue anatomo-pathologique, une foule de divisions et de subdivisions, dont quatre surtout permettent d'y faire rentrer toutes les autres, *ovarique*, *abdominale*, *tubaire* et *interstitielle*. Se plaçant au point de vue pratique, Depaul pense que l'on peut réduire à deux les nombreuses variétés admises par les auteurs, la *grossesse tubaire* et la *grossesse péritonéale* chacune d'elles admettant une sous-division :

Grossesse tubaire........... { interstitielle.
{ tubaire proprement dite.

Grossesse péritonéale....... { primitive.
{ secondaire.

Depaul exclut ainsi la grossesse sous-péritonéo-pelvienne, dont il existe cependant des observations authentiques. Dans ce cas, l'ovule se développe entre les deux feuillets du ligament large, indépendamment de l'ovaire et de la trompe, dans la cavité pelvienne.

Enfin, ajoutons que les idées nouvelles sur la structure de l'ovaire, en faisant constater la non-existence de la tunique albuginée de l'ovaire, doivent modifier les idées que l'on se faisait de la grossesse ovarique. L'œuf fécondé doit forcément se développer dans l'intérieur de la vésicule de Graaf, et les parois du kyste être formées par les parois de cette vésicule plus ou moins amincies, et distendant plus ou moins le péritoine qui les recouvre.

Causes. — Les auteurs ne s'entendent pas beaucoup mieux au

point de vue des causes, chacun attachant une importance particulière à celles qu'il lui a été donné de supposer. Mais s'il en est d'hypothétiques, il en est un certain nombre d'incontestables, qu'il faut signaler. Ainsi tout ce qui pourra mettre un obstacle à la migration de l'œuf dans la trompe pourra déterminer cet accident. Tels sont les imperforations, les vices congénitaux des trompes, leur oblitération par d'anciennes inflammations adhésives, des mucosités, des polypes, les tumeurs de la matrice, les tumeurs pelviennes, les brides accidentelles suite de péritonite, certaines affections de matrice (cancer), des traumatismes, qui en permettant la rupture des parois de la matrice, favorisent la pénétration de l'œuf dans l'abdomen, les cas singuliers de Lecluyse, de Kœberlé, de fistules de la matrice ayant permis la fécondation, enfin certains cas que les Allemands ont étudiés sous le nom de *transmigrations internes et externes de l'œuf*.

L'anatomie pathologique présente les mêmes divergences; car, si tous les auteurs concordent pour l'œuf lui-même, il n'en est plus de même quand il s'agit de déterminer son point d'implantation. Tel fait considéré comme une grossesse ovarique par un auteur, est pris par un autre pour une grossesse tubaire ou tubo-abdominale, etc.

L'auteur étudie ensuite les points d'implantation de l'œuf, les modifications qui se produisent dans les parties maternelles sur lesquelles s'implante le placenta, et il montre qu'il se forme en ce point une sorte de réseau vasculaire érectile, sur lequel le placenta est implanté. Toutes les observations s'accordent à cet égard. Il s'agit en effet avant tout pour la nature d'assurer la vitalité, l'existence de ce nouvel organisme, et ce n'est qu'en le mettant dans des conditions analogues à celles qu'il aurait rencontrées dans la matrice, que la nature peut y parvenir.

Les parties génitales ne restent pas indifférentes au travail qui se passe en dehors d'elles, pas plus que les mamelles; mais le

deux modifications les plus importantes se passent du côté du col et de la caduque.

Du côté du col, ces modifications rappellent jusqu'à un certain point celles de la grossesse utérine, mais elles ne dépassent pas certaines limites, et dans l'immense majorité des observations ces modifications sont en *désharmonie avec l'âge* de la grossesse ; de plus, le col subit des déplacements qui ne sont pas ceux de la grossesse normale, et qui sont subordonnés au déplacement que la matrice subit sous l'influence du développement du kyste fœtal.

La *caduque* se présente ordinairement comme constituant la couche la plus interne des parois utérines, dont elle peut se détacher et être expulsée en totalité ou en partie, à différentes époques de la gestation. Sa consistance, sa couleur, son épaisseur sont variables. *La caduque existe donc*, mais elle ne peut exister que dans l'utérus, et les auteurs qui dans le cas de grossesses tubaire, ovarique, ou abdominale, ont voulu chercher dans ces organes, et en contact avec l'œuf, une véritable caduque, ne devaient ni ne pouvaient en trouver. Schrœder pourtant admet que dans les cas de grossesse tubaire, la muqueuse de la trompe bourgeonne, et forme une véritable caduque réfléchie. L'apparence peut être la même, mais la structure différente prouve qu'il ne s'agit pas là de la vraie caduque.

Le fœtus possède toujours son chorion et son amnios, et il ne peut en être autrement. Mais les éléments dont se compose l'organe protecteur de la matrice accidentelle, et dont s'entoure le produit de conception, varient suivant les points où il se développe.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'existence d'un kyste protecteur, mais les éléments qui entrent dans sa composition varient suivant les cas. Quant au placenta, il ne diffère du placenta des grossesses utérines, que sous le rapport du siège, de la forme et du volume.

Le fœtus, jusqu'au terme complet de son développement, ne présente rien de particulier; mais, lorsqu'il reste passé ce temps dans la cavité abdominale, il peut se présenter sous des aspects fort différents. Tantôt il survit un certain temps après le terme normal, et alors il présente un degré de développement et d'ossification en rapport avec l'âge de la grossesse; tantôt, et le plus ordinairement, il succombe avant terme, et alors il subit des altérations très diverses, macération, putréfaction si l'air a eu accès, dessèchement, squelettisation, ossification, saponification, sans compter les altérations dues à l'inflammation du kyste.

Symptômes. — Les plus importants sont les irrégularités au point de vue de la suppression des règles; les écoulements sanguins ou séro-sanguins qui se manifestent en dehors de toute époque menstruelle, accompagnés de coliques, de douleurs violentes, et la présence dans ces écoulements de lambeaux pseudo-membraneux qui ne sont autres que des débris de caduque.

Une douleur, très variable pour le moment et le mode de son apparition, son siège, son intensité, sa marche, douleur qui se réveille avec une intensité et une acuité plus considérables encore, avec sensation de déchirement, au moment de la rupture du kyste fœtal.

L'apparition d'un faux travail.

Puis les signes de certitude fournis par le palper : présence d'une tumeur, qui, située latéralement, est plus dure, plus résistante que l'utérus gravide, présente souvent du ballottement, et à côté de laquelle on en trouve souvent une autre plus petite constituée par l'utérus; constatation des parties fœtales.

L'auscultation permet seulement d'affirmer la grossesse, mais le toucher vaginal donne les signes les plus importants, en faisant

constater le peu de développement de l'utérus, les modifications incomplètes du col, ses déviations anormales, véritables déplacements, et surtout la *désharmonie* entre ces modifications et l'âge de la grossesse.

Le toucher rectal donne des renseignements précis sur la forme, le volume et la position de l'utérus, et les dimensions de la tumeur.

Durée. — Varie avec les formes de grossesse extra-utérine.

Celles qui durent le moins sont les *grossesses interstitielles ;* elles dépassent rarement le troisième mois.

Viennent ensuite les grossesses *tubaires*, puis les *ovariques*, et enfin les grossesses *abdominales*, qui au contraire peuvent dans certains cas se prolonger presque indéfiniment.

Terminaisons. — L'auteur signale deux variétés.

Dans la première, la grossesse se termine pendant le cours de la gestation, ou au terme du complet développement du fœtus, avant ou immédiatement après la mort de celui-ci (grossesse récente de Cauwenberghe).

Dans la deuxième, la grossesse ne se termine qu'à une époque très variable, après un séjour plus ou moins long du fœtus devenu corps étranger dans le corps de la mère (grossesse ancienne).

Diagnostic. — Se divise en deux catégories :

1° Établir qu'il y a grossesse, et grossesse extra-utérine, c'est-à-dire distinguer la grossesse extra-utérine de la grossesse utérine, et des différentes affections qui peuvent être confondues avec elle.

2° Reconnaître la variété de grossesse extra-utérine à laquelle on a affaire.

Traitement. — Tous les auteurs s'accordent à considérer deux périodes :

1° La femme pour laquelle on est consulté est dans le cours des quatre ou cinq premiers mois de cette grossesse insolite.

2° Elle a dépassé cette première période, et elle est arrivée plus ou moins près du terme normal de la grossesse, parfois même elle l'a dépassé.

On a conseillé la ponction du kyste, et l'introduction dans sa cavité de substances toxiques en quantité suffisante pour tuer le fœtus sans faire courir à la mère un danger sérieux (cas de Freidreich, suivi de succès). Mais souvent le diagnostic ne se fait qu'au moment de la rupture du kyste. Faut-il intervenir? Depaul s'y oppose et l'auteur se rattache à cette opinion. Mais après le quatrième ou le cinquième mois, le diagnostic peut être aussi complet que possible, il s'agit presque toujours de grossesse péritonéale. C'est la gastrotomie qui est indiquée. Reste le moment où elle doit être pratiquée. Avec Depaul, l'auteur conseille d'attendre la fin du huitième mois, mais il faut se garder de toucher au placenta.

Quand le fœtus est mort, comme son maître, l'auteur conseille la temporisation, en se réservant d'intervenir lorsque la présence du corps étranger n'est pas toléiée. Lorsque des accidents tenant à l'inflammation ou à la décomposition du fœtus et du kyste se sont déjà produits, il faut intervenir le plus promptement possible, le succès de l'opération dépendant beaucoup de l'état de santé ou de dépression de la mère.

1879. — L'obstétrique au Japon.

Traduit du japonais en allemand, par M. Miyake, interprète, et par le Docteur Muller.) — Retraduit de l'allemand (Mittheilungen der Deutschen Gesellschaft fur Natur- und Völkerkunde Ostasiens, Yokohama), par Charpentier. *Archives de tocologie*, (1879.)

Cette publication sert à faire connaître au lecteur l'état de la science obstétricale au Japon, et les procédés opératoires employés par les Japonais dans les cas de dystocie.

1879. — Notice bibliographique sur le docteur Jacquemier.

(*Archives de médecine*, 1879.)

L'auteur, en faisant connaître le résumé des ouvrages de M. Jacquemier, a voulu montrer la valeur de l'homme aussi modeste que bon que l'Académie venait de perdre, et rendre ainsi un dernier hommage à l'excellent maître qui lui a témoigné tant d'intérêt et de sympathie au début de sa carrière obstétricale.

1880. — De l'hydramnios,

*Et en particulier de l'*Hydramnios aiguë *considérée au point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement.*

(*Arch. de tocologie*, t. X, p. 321.)

Dans ce mémoire, l'auteur étudie une forme particulière de l'hydramnios, déjà signalée par Jacquemier et Oulmont, mais forme rare, car il n'a pu malgré ses recherches en réunir que

trente observations bien évidentes, et à laquelle il propose de donner le nom d'*hydramnios aiguë*.

Montrant d'abord que l'hydramnios légère est plus commune qu'on ne le croit généralement, tandis que les cas où la quantité de liquide amniotique est énorme sont très rares, l'auteur prouve que l'hydramnios peut se présenter sous deux formes bien distinctes. L'une, classique pour ainsi dire, dans laquelle l'augmentation du liquide amniotique se fait lentement, progressivement, à mesure que la grossesse suit son cours, et qui n'entraîne en général que des troubles compatibles avec la continuation de la grossesse, et un état de santé relativement satisfaisant. L'autre, rare, très rare, dans laquelle au contraire l'hydropisie amniotique se fait en quelques jours, entraînant ainsi pour la femme un état extrêmement grave, se présentant en un mot avec des caractères d'intensité et d'acuité tels que la vie de la femme se trouve menacée, et réclamant ainsi une intervention des plus actives.

Passant en revue toutes les hypothèses émises sur l'origine du liquide amniotique, l'auteur montre que jusqu'à Bishoff, 1834, deux théories règnent dans la science: l'une qui veut chercher la source du liquide amniotique exclusivement dans le fœtus ou ses enveloppes, l'autre dans l'organisme maternel, et que toutes deux finissent par aboutir à une troisiéme, qui fait provenir le liquide à la fois des deux organismes.

Rappelant successivement les recherches de Scherer, qui fait dériver le liquide amniotique de toute la surface emb yonnaire; de Gusserow, qui en fait un produit de l'organisme fœtal et un produit d'excrétion en proportion avec les échanges de matériaux nutritifs, et constate dans le liquide la présence de l'urée; de Jungbluth, qui le fait dériver de vaisseaux particuliers, les *vasa propria* (vaisseaux capillaires en forme de réseaux ;qui se trouvent dans la couche membraneuse qui est adhérente au placenta fœtal et sont immédiatement appliqués à l'amnios; ces vaisseaux, source du liquide amniotique, s'oblitèreraient plus ou moins complétement avant le début de la deuxiéme moitié de la grossesse, et

leur persistance expliquerait l'hydramnios) ; de Prochownik, qui étudie surtout la composition chimique du liquide amniotique, y constate la présence de l'urée, et en conclut qu'il est un produit exclusivement fœtal, l'auteur arrive au mémoire de Sallinger, qui résume la question de la façon suivante :

Cinq opinions partagent les auteurs :

1° Le liquide amniotique provient exclusivement des vaisseaux maternels (Scanzoni-Schrœder);

2° De la peau du fœtus (Scherer);

3° Partie de la circulation maternelle, partie de la circulation fœtale, (Virchow);

4° Des vaisseaux propres du placenta et de la circulation placentaire (Jungbluth) ;

5° Enfin des reins du fœtus, du moins dans la deuxième moitié de la grossesse (Gusserow), ou de la peau et des reins (Schatz).

Sallinger en ajoute une sixième : Le liquide amniotique provient exclusivement de la circulation fœtale. Au début de la grossesse, c'est la peau du fœtus, plus tard le cordon et les vaisseaux fœtaux du placenta qui le fournissent jusqu'à la fin de la grossesse par transsudation ; ce n'est que dans les derniers temps de la grossesse que les produits de la sécrétion urinaire viennent s'y mélanger en plus ou moins notable quantité. — La transsudation est due aux résistances que la circulation fœtale rencontre dans le placenta ou le cordon. Plus ces résistances augmentent, plus la transsudation augmente ; de là l'hydramnios. — (Les observations cliniques montrent que très fréquemment des obstacles à la circulation fœtale se rencontrent dans le placenta, le cordon, l'anneau ombilical, le foie du fœtus, en un mot sur tout le parcours des veines qui apportent le sang au fœtus.) — Pour lui donc l'hydramnios serait due à des troubles mécaniques de la circulation fœtale,

à ou des variations de la masse sanguine fœtale, et non, comme le veut Jungbluth, à des conditions anatomiques spéciales du placenta.

Pour justifier cette opinion Sallinger a établi une série d'expériences (rapportées dans son mémoire) tendant à prouver que le liquide amniotique normal, ou en quantité exagérée comme dans l'hydramnios, est un produit direct de la transsudation de la veine ombilicale et de ses ramifications dans le placenta.

D'un autre côté, quatre faits sont incontestables, et M. Charpentier y insiste avec soin :

1° L'hydramnios coïncide très souvent avec les grossesses gémellaires (52 fois sur 123 cas).

2° Les enfants nés à la suite de grossesses compliquées d'hydramnios présentent très souvent des vices de conformation, des monstruosités.

3° Un certain nombre de femmes atteintes d'hydramnios sont en puissance de syphilis, et accouchent de fœtus morts ou vivants, présentant des traces incontestables de syphilis.

4° Enfin l'hydramnios s'observe plus souvent chez les multipares que chez les primipares.

Dans le chapitre consacré à la symptomatologie, l'auteur montre que l'hydramnios aiguë est caractérisée par une série de phénomènes qui la différencient essentiellement de l'hydramnios classique. Ce sont : le développement très rapide et exagéré du ventre, s'accompagnant de *fièvre* (qui n'existe jamais dans l'hydramnios à marche lente), de douleurs excessives, de vomissements, d'œdème considérable, de diminution de la sécrétion urinaire, et d'un état de la femme tellement grave, que sa vie se trouve bientôt compromise.

Le diagnostic comporte plusieurs points qui sont étudiés dans ce mémoire :

1° Reconnaître qu'il y a grossesse ;

2° Que la grossesse est simple ou gémellaire ;

3° Qu'il y a hydramnios ;

4° Enfin reconnaître la cause de l'hydramnios.

L'auteur passe successivement en revue ces différents points, et insiste sur les difficultés que le diagnostic peut présenter et les moyens de les surmonter. Il signale à ce propos un symptôme qu'il a eu occasion de constater très nettement dans un cas qui lui est personnel, et où le diagnostic était rendu très difficile par l'état local et général de la malade. *C'est la perception toujours possible à obtenir au bout d'un certain temps d'examen des contractions utérines.*

Dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, M. Charpentier montre que le plus grand nombre des malades résistent à la maladie, et que par conséquent il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de se prononcer sur les lésions maternelles. C'est surtout du côté du fœtus et des membranes qu'ont porté les recherches, et, si dans bon nombre de cas on n'a rien pu découvrir d'anormal, il en est un grand nombre d'autres où l'on a trouvé des lésions, mais ces lésions n'ont en réalité rien de bien aractéristique.

Trois variétés pourtant semblent primer toutes les autres. Ce sont :

1° Des lésions que les auteurs ont regardées comme étant de nature inflammatoire ;

2° Des malformations du fœtus ;

3° Des lésions de l'utérus, ou des tumeurs de diverse nature siégeant dans le pourtour de l'utérus et de ses annexes. L'auteur cite à ce propos une série d'observations.

Arrivant enfin au pronostic et au traitement, M. Charpentier montre la bénignité relative de l'hydramnios classique, comparée à la gravité de l'hydramnios aiguë, et, après avoir constaté l'impuissance du traitement médical, conclut à l'intervention obstétricale, c'est-à-dire, suivant les cas, à la provocation de l'accouchement prématuré et de l'avortement.

Il en pose les indications, et renvoyant le lecteur à une de ses observations, montre que la provocation de l'avortement est un moyen sûr et certain de sauver les femmes, alors que la gravité des accidents semblait les condamner à une mort inévitable.

Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.